UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 158

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES PERSISTANTES APRÈS APPENDICECTOMIE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1939

PAR

Roger-Denis-Séverin SENMARTIN

Né à Andrest (Hautes-Pyrénées), le 27 Mai 1914

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur, *Président.*
PAPIN, professeur
JEANNENEY, professeur *Juges.*
MACE, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE DELBREL, 20 RUE CONDILLAC

1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0072

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 158

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FISTULES PERSISTANTES APRÈS APPENDICECTOMIE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Juillet 1939

PAR

Roger-Denis-Séverin SENMARTIN

Né à Andrest (Hautes-Pyrénées), le 27 Mai 1914

Examinateurs de la Thèse : MM. GUYOT, professeur, *Président.*
PAPIN, professeur
JEANNENEY, professeur } *Juges.*
MACE, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE DELBREL, 20 RUE CONDILLAC

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIERES.
Physiologie	FABRE.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). — PERY (Obstétrique). — PERRENS (Maladies mentales).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). — JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. N.

	MM.
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT. MASSE. DARGET. N.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGERE.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine légale	DERVILLEE.
Urologie	DARGET.
Législat. pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	CABANNES (congé)

	MM.
Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes: N.

Le Secrétaire de la Faculté: ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

Qui ont entouré ma jeunesse de tendresse et de sollicitude, en témoignage de reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES JUGES

A l'occasion de ce mémoire qui marque la fin de nos études, nous désirons remercier publiquement nos Maîtres, dans les Hôpitaux et à la Faculté.

Que ceux qui nous ont guidé et conseillé dans notre travail veuillent trouver ici l'assurance de toute notre gratitude.

Nous nous garderons bien d'oublier les Chefs de Services de Chirurgie et de Médecine de l'Hôpital de Tarbes, à qui nous tenons à témoigner notre reconnaissance pour les excellents conseils et l'amitié qu'ils ne nous ont jamais ménagés.

A Monsieur le Docteur SALLES,

Ancien Chef de Clinique adjoint,
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital de Tarbes.

En souvenir reconnaissant pour la cordiale amitié et les encouragements qu'il me prodigua.

A Monsieur le Docteur DUCASTAING,

Ancien interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de Tarbes.

En témoignage de l'enseignement précieux et des conseils dont je fus heureux de profiter.

A Monsieur le Médecin-Colonel SARRAT,

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire.

A qui je suis profondément reconnaissant de la protection et de la bienveillance qu'il me témoigne.

A Monsieur le Docteur VERDOUX,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital de Tarbes.

Qui me permit de me perfectionner sous sa haute direction.

A Monsieur le Docteur DUBARRY,

Médecin-Chef de l'Hôpital de Tarbes.

Nous devons le remercier pour l'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Hommage à tous ceux qui nous ont guidé, encouragé et soutenu.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT,

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, qu'il veuille croire à tous nos remerciements et à toute notre gratitude.

INTRODUCTION

L'appendicite par la multiplicité de ses manifestations tient actuellement un rôle de premier plan dans la chirurgie. Cette affection, jadis insoupçonnée, est loin d'être entièrement précisée à cause de l'imprévu et de la diversité de ses aspects.

Au cours de nos études, nous avons pu observer une de ses fâcheuses complications :

« Les Fistules persistantes après appendicectomie. » Ce sujet a soulevé déjà bien des discussions au cours de ces dernières années. Nous ne voulons pas dire le dernier mot à leur pathogénie et à leur traitement, nous chercherons à apporter une modeste collaboration à cette étude. Nous ne traiterons pas de toutes les fistules de la région F.I.D. Nous ne publions en observations que quelques cas typiques mettant en relief la pathogénie de ces fistules après appendicectomie.

Ce sujet comprend les fistules simples donnant naissance à du liquide séreux qui, au cours de l'évolution, devient plus ou moins purulent et les fistules pyostercorales qui, outre une cavité purulente souvent importante, présentent une communication avec la cavité intestinale.

Nous nous attacherons à mettre à la lumière les lésions que présente l'appendicite aiguë et essayer d'établir un

rapport entre ces lésions, traitées par des techniques parfois bien différentes et l'apparition des fistules persistantes. Ce sera pour nous l'occasion de chercher leur prophylaxie dans un meilleur emploi des techniques opératoires.

Nous n'insisterons pas sur les fistules se produisant et entretenues par une tuberculose appendiculaire. Nous rappellerons les données cliniques et anatomiques définissant cette pathogénie spéciale qui rend l'évolution de ces fistules d'un fâcheux pronostic sans le secours opératoire.

Un sujet retiendra tout particulièrement notre attention c'est la production de fistules et leur persistance dues à la présence de corps étrangers dans la région appendiculaire. Cette connaissance de divers corps étrangers et de parasites intestinaux nous permettra d'envisager une solution possible de la longue durée de certaines fistules.

L'anatomie pathologique et des examens radiologiques nous rendrons de précieux services dans la recherche de la tuberculose et il sera possible, avant l'intervention, d'avoir tous les renseignements qui nous permettront de discuter du meilleur traitement.

Les fistules persistantes, tout particulièrement les pyostercorales sont très déprimantes pour le malade. Certains peuvent s'accommoder longtemps des fistulettes laissant sourdre un peu de sérosité, mais la présence de matières est un véritable supplice. En dehors des répercussions que ces suppurations déterminent sur tout l'organisme, les souillures continuelles et la nécessité de soins constants font de ces malades des malheureux qui implorent le chirurgien de les débarrasser au plus tôt de leur infirmité.

CLASSIFICATION

Les fistules après appendicectomie comprennent les fistules simples et les fistules pyostercorales.

Les fistules simples sont formées par un trajet dans les téguments, abouché à la peau et conduisant à une poche ne communiquant pas avec la cavité intestinale ni péritonéale. Par l'étude de cette poche nous connaîtrons les causes de la persistance de ces fistules.

Lecene et Leriche définissent les fistules pyostercorales comme un trajet pathologique qui met en communication la lumière de l'intestin grêle ou gros avec le revêtement cutané. Pour Hartmann et Gosset, c'est la conséquence de l'ouverture d'un foyer purulent dans l'intestin et à la peau. Ils insistent sur l'importance de l'anatomie pathologique de la cavité purulente. Verneuil les avait appelées stercopurulentes cependant que Blein les qualifiait de pyostercorales parce que, disait-il, la formation de pus précède ordinairement l'issue des matières.

Ces fistules s'opposent aux trajets pathologiques survenant après des abcès d'origine appendiculaire, incisés et drainés mais dont on n'a pu enlever l'appendice dès la première intervention. Tous les chirurgiens dans ces cas n'attendent la guérison que de l'appendicectomie.

Les fistules entéroviscérales ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet et nous nous contenterons de signaler les fistules spontanées à la suite de mycoses ou de suppurations entretenues par un néo-cœcal.

Nous rencontrerons des anus contre nature qui n'ont, avec les fistules, qu'une différence de degré. La fistule livre passage à une partie des matières intestinales et à des gaz cependant que l'anus donne issue à la presque totalité du

contenu intestinal. Une disposition anatomique est particulière à l'anus, c'est la présence d'un éperon. Cette saillie intraintestinale du bord mésentérique de l'intestin forme barrage et ne se produit naturellement que dans quelques rares fistules après appendicectomie.

Les fistules pyostercorales persistantes après appendicectomie à chaud pour appendicite aiguë gangrénée sont relativement fréquentes. Deaver, en 1926, rapporte une proportion de 5 %. La plupart des chirurgiens admettent un pourcentage de 1 à 4 %. Elles existent invariablement dans l'un et l'autre sexe et l'adolescence, par la gravité de ses crises semble plus atteinte. Au-dessus de la soixantaine, l'appendicite souvent grave mais rare, offre exceptionnellement cette complication.

Par fréquence décroissante et proportion de curabilité, Bérard et Vignard distinguent :

— les fistules labiées guérissant spontanément dans 50 à 60 % des cas en laps de temps variant en moyenne de 2 semaines à 4 ou 6 mois.

— les fistules canaliculées tendant à se refermer plus rapidement dans 75 % des cas mais récidivant très facilement (25 % des cas environ).

— les fistules stercorales simples, assez rares.

Mais si on intervient sur un appendice tuberculeux, la proportion de fistules atteint 25 %. Nous verrons plus loin que ce chiffre est certainement dépassé car le diagnostic de tuberculose illéocœcale, difficile à établir cliniquement, ne se fait souvent qu'au cours des cures opératoires entreprises pour soulager le malade d'une fistule persistante n'ayant aucune tendance à la fermeture spontanée.

Dans quelques cas nous aurons à éliminer la possibilité d'infection par corps étrangers, et la dévitalisation possible de la plaie par parasito-intestinale. Ces cas sont rares mais dont il en existe plusieurs observations et dont nous rapportons une très intéressante.

HISTORIQUE

Avant 1900, le cœcum semblait être à l'origine des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. Mais peu à peu la pathogénie de l'appendicite se constituait et, sous l'implusion de Jaboulay et Poncet l'appendicectomie précoce fut mise à l'honneur. Les fistules pyostercorales rapportées avant cette époque survenaient après des abcès de la fosse iliaque droite relevant le plus souvent des corps étrangers ou de traumatismes. Quand l'origine appendiculaire de ces abcès fut admise, les interventions se firent plus fréquentes et on put voir apparaître chez ces opérés des fistules.

Leur intérêt s'accrut devant leur persistance et on les traita comme de véritables complications postopératoires.

En 1899 déjà Bouilly attirait l'attention des chirurgiens sur les accidents de fistules consécutives à une perforation probablement tuberculeuse de l'appendice. La pathogénie des complications s'éclaircit peu à peu grâce aux publications et à la sagacité des observateurs tels: Villar, Jeannin, Gangolphe, Chaput, Forgue. Quelques années plus tard il faut souligner l'importance des travaux de Berrard et Vignard, qui en font une excellente étude.

Si l'étiologie était très discutée le traitement de ces fistules soulevait de vives critiques dans chaque école. Bien que Dupuytren dans ses cliniques eût dit que « la nature tendait en général à refermer les ouvertures accidentel-

les » toutes les fistules ne guérissaient pas. Au début du siècle, Ricard et Launay avaient insisté sur les fistules des « anses saines et des anses malades » et la notion évidente des méfaits de la tuberculose iléocœcale imposait l'impérieuse nécessité du traitement chirurgical.

Jourdan, dans sa thèse, avait exposé les principales cures opératoires à l'occasion des anus contre nature.

Avec Alglave apparaît en 1920 une importante communication où il traite magistralement de ces fistules.

L'école lyonnaise avec Delore publie les excellents succès dus à des méthodes directes de traitement. Pierre Duval leur oppose une excellente statistique fournie par des techniques de cures intrapéritonéales. Une polémique naît où Delore, tout en rendant hommage aux qualités hors de pair de P. Duval fait des réserves sur ce mode d'intervention et envisage pour la technique courante le recours aux procédés directs qui donneront entre toutes les mains des résultats parfaits.

Dans les cas plus simples Lenormand recommandait un procédé qui lui avait donné toute satisfaction.

Plus près de nous les traités de langue anglaise sont nombreux et nous retiendrons les articles de Baldwin et Berhend qui cherchent une prophylaxie de ces fistules dans un choix judicieux des techniques opératoires de l'appendicite.

Nous trouvons dans les publications des auteurs sud-américains Brea et Costa un excellent exposé des procédés d'exploration radiologiques qui nous fourniront tous renseignements sur l'étendue des lésions.

La littérature s'est enrichie rapidement de nouveaux travaux venant de tous les pays. Nous citerons la récente série d'observations personnelles du Canadien Smith, qui lui permet de présenter quelques réflexions très intéressantes.

Mais la pauvreté des publications françaises dernièrement parues n'est qu'apparente et les bulletins de toutes

les Sociétés françaises de chirurgie montrent une riche documentation patiemment recueillie, sur ces complications.

La littérature est donc touffue sur ce sujet, les statistiques dues à des méthodes très différentes sont nombreuses et variées. Si tous les chirurgiens sont d'accord sur les fistules d'origine tuberculeuse, nous chercherons, en nous aidant de ces publications, à contribuer à l'étude des fistules persistantes qui ne relèvent pas de cette nature. Une modeste critique des techniques d'intervention montrera que nous pouvons agir utilement sur ces complications postopératoires.

PATHOGÉNIE

Les *fistules simples* après appendicectomie apparaissent rarement dans les jours qui suivent immédiatement l'intervention. C'est après avoir enlevé les agrafes ou les crins que nous pouvons voir au niveau de la cicatrice une petite tumeur rénitente et enflammée limitée aux téguments superficiels. Les signes cliniques sont frustes. La formation de cette collection s'accompagne de tiraillements légers, de quelques coups d'épingle mais de peu de signes généraux. L'ouverture donne issue à de la sérosité. L'infection est limitée aux plans superficiels. Sauf les cas où la plaie n'est pas entretenue par un noyau septique, un pansement à plat favorise la fermeture rapide. Il peut se produire dans l'incision, sur le trajet du drainage, un clapier qui, tout en ne gênant pas la cicatrisation des plans profonds, poursuit son évolution, infiltre les tissus, peut même s'enterrer pour reparaître ensuite à la peau par un petit perthuis qui donne issue à du pus puis à de la sérosité.

Nous pouvons trouver également, et c'est le cas d'une belle observation que le Professeur Guyot nous a confiée, un corps étranger, une ligature difficilement résorbable, qui favorise autour d'elle la formation d'une collection purulente qui, plus tard, s'ouvrira à la peau. Avec des alternatives de fermeture et d'écoulement, ces poches nous laisseront croire à une guérison certaine jusqu'à ce qu'un brin de catgut ou tout autre débris sera éliminé au

cours d'une récidive. L'état général du malade pouvant souffrir de la présence de cette fistule, la thérapeutique nous sera tracée.

Mais ces collections intratégumentaires pourront également gagner en profondeur et atteindre la cavité péritonéale. Elles chemineront vers l'intestin dans un tissu cicatriciel formé par un bloc d'adhérences et nous serons surpris de constater une évacuation de matières succédant à une élimination de pus.

Il faut signaler aussi les fistules simples avec abouchement de la perforation intestinale à la peau, qui laissent écouler de simples mucosités. Ces fistules se tarissent dès que le transit intestinal est rétabli et se fait normalement.

I

Les fistules pyostecorales après appendicite aiguë se manifestent tout autrement. Elles se constituent après l'intervention et empruntent le trajet de l'incision insuffisamment cicatrisé et meurtri, qui offre une issue facile.

A l'occasion des pansements, vers le 4e ou 6e jour, après une recrudescence des signes généraux, le pus s'échappe plus abondamment et devient nauséabond. Le malade souffre et son abdomen empâté devient douloureux. Ce sont d'abord des traînées ocres sur les compresses, puis une bouillie épaisse et malodorante. Les bords de la plaie sont enflammés, déchiquetés. Les chairs sont atones et toute cicatrisation est momentanément arrêtée. Le fond de la plaie ressemble à un cratère laissant échapper le trop plein de pus. Tout drainage doit être supprimé peu à peu et on est dans l'obligation de faire sauter les points de suture et panser à plat.

Nous allons essayer de préciser le mécanisme de la formation de ces fistules pyostercorales.

a) Il est des appendicites graves où déjà la perforation intestinale existe avant l'opération. Cette lésion siégeant sur l'appendice ou sur le cœcum peut être multiple et passer inaperçue. Nous verrons plus loin l'organisation qui précède la naissance de la fistule dans un milieu extrêmement septique. La marche de l'infection se heurte à des réactions locales qui heureusement arrivent souvent à la faire échouer. Les signes généraux sont graves mais la fistule ne se produit pas.

b) Cependant l'examen le plus minutieux n'a pas fait découvrir de perforation intestinale et nous avons la surprise désagréable de voir apparaître une fistule pyostercorale chez notre opéré.

Le Professeur Lecene en résume les causes à trois:

1° Il peut se produire un sphacèle secondaire de la paroi intestinale. L'infection joue dans ce cas un rôle primordial.

2° Les méthodes d'intervention doivent être incriminées par la défectuosité de certaines techniques ou par fautes opératoires.

3° Le chirurgien se voit dans la nécessité de rétablir cette fistule, nous l'appellerons l'anus contre nature.

*
**

Nous essayerons, suivant la gravité de l'infection, à mettre en évidence les lésions de l'appendice, du cœcum et de la portion terminale de l'iléon qui semblent favoriser la naissance de ces fistules.

Dans l'appendicite aiguë opérée dans les 24 heures, les signes cliniques font de ce malade un infecté et déjà un intoxiqué. L'appendice, parfois difficile à trouver, est enflammé, gonflé de pus, prêt à se perforer. Le cœcum présente des parois congestionnées recouvertes par endroit de plaques de sphacèle. L'infection de l'appendice a gagné le cœcum et ces lésions continueront une fois l'appendice

enlevé à évoluer pour leur propre compte. C'est une infiltration purulente qui gagne l'épaisseur de l'intestin et, dans les jours suivants, cette plaque nécrosée tombera, donnant naissance à une perforation d'étendue variable.

Au cours de l'intervention on est obligé de déplacer souvent le cœcum et on provoque des froissements, des pincements, des coudures momentanées, des points de moindre résistance propices à l'infection.

L'état de la muqueuse intestinale au contact d'un contenu très septique n'est guère brillant et il y a tout lieu de supposer qu'à l'occasion des lésions mécaniques précédentes c'est la cause de certaines perforations de dedans en dehors par nécrose progressive.

L'infection n'atteint pas seulement les tuniques de la paroi intestinale, elle envahit les vaisseaux. Ce seront des artérites provoquant une ischémie dans un territoire défini. Ce seront des thromboses veineuses obligeant le sang à stationner plus longtemps dans les tissus en dénutrition et perdant ses qualités antiinfectieuses.

Sur ces parois enflammées, l'hémostase est difficile. Des hémorragies tardives peuvent survenir et ses épanchements sont pour les microbes un excellent milieu de culture.

Ce drame tissulaire est très complexe. L'intestin réagit de son mieux. Il cherche à localiser et on comprend tout le danger des médications intempestives telles que lavements et purges qui accentuent les progrès de l'infection.

Dans la péritonite, la sérosité est franchement purulente. Les anses intestinales sont agglutinées, rouges, gonflées par des gaz et paralysées. Les lésions précédentes sont au maximum.

On a beaucoup de peine à opérer, on cherche à enlever tout l'appendice et à faire tenir les ligatures. On est obligé de drainer et, malgré tous les efforts, on dissémine l'infection.

Au cours des appendicites laborieuses du 5^{e} au 6^{e} jour,

on tombe sur un plastron organisé formé d'anses accolées. L'appendice est enfoui sous un magma d'adhérences. Il faut le sculpter dans la paroi cœcale et souvent la partie libre est adhérente à un segment intestinal voisin. On la décolle mais cette implantation peut laisser une perforation par nécrose à cet endroit. Les blessures involontaires sont fatalement inévitables.

Il n'est pas rare d'abandonner, malgré tous les efforts, un moignon important ou la partie libre de l'appendice enfouie et inaccessible. Les communications ne manquent pas et montrent le rôle de ces parties nécrosées intrapéritonéales qui entretiennent l'infection.

Par ces manipulations l'infection s'étend à tout ce segment intestinal. On étale la partie dangereuse de l'intestin. Il se formera facilement des abcès à nombreuses ramifications qui seront autant de clapiers.

Il existe donc toujours dans une appendicite aiguë une atmosphère infectée dans laquelle les microbes attendent les conditions favorables qui leur permettront de se développer au mieux dans des tissus meurtris et mal défendus.

Nous avons cité les conditions mécaniques et physiologiques qui entourent l'origine des perforations intestinales et par suite des fistules pyostercorales. Cependant nous ne savons pas encore discerner toujours le moment où le contenu intestinal passe dans la cavité péritonéale. Ce contact est masqué et se fait au milieu de signes généraux déjà graves.

*
**

L'examen des différentes méthodes opératoires employées dans une appendicectomie peut éclairer la pathogénie. Nous étudierons tout d'abord la technique en elle-même et ensuite nous critiquerons les divers procédés de drainage qui sont pour certains le facteur principal.

A. — Une faute du chirurgien consiste à laisser passer une perforation dans la paroi cœcale. Au cours des manipulations il peut également blesser la séreuse et juger la plaie négligeable.

En dehors de ce cas, la ligature du moignon mal faite peut céder et le cœcum entrer en communication avec la cavité péritonéale. Si l'on considère l'état du cœcum, friable et effroyablement mou, les possibilités nous semblent loin d'être rares. De même l'emploi de soie doit être retenu; le fil tranche les tuniques infiltrées de l'appendice et l'écrasement peut engendrer également les mêmes inconvénients.

Aussi on a cherché à faire la fermeture de la plaie appendiculairè en paroi cœcale plus saine et moins fragile. Chaput faisait une résection cœcale de l'appendice. Il terminait par une suture en trois plans et un enfouissement sous-séreux. Mais on peut opposer à ce procédé l'inconvénient de la durée et de la mauvaise qualité des sutures.

Sáns aller si loin, de nombreux chirurgiens pratiquent l'enfouissement. Cette méthode consiste dans le capitonnage de la tranche du vermium par du tissu de la paroi cœcale voisine amené par un fil en bourse. Mais ce procédé a subi des critiques violentes qui ne sont pas encore apaisées.

Baldwin en fait un sévère procès et voit là une sérieuse cause de fistules. On opère, dit-il, dans un champ infecté et dévitalisé, la paroi est mauvaise et subit le contact de matières infectées. Il ne faut pas augmenter les risques. De plus ces blessures développent la formation d'adhérences. Mais le plus grand reproche c'est de laisser entre la tranche muqueuse et le péritoine une petite cavité close qui exaltera la virulence. L'apport diminué de sang et la présence de tissu nécrosé aideront l'éclosion d'un abcès intrapariétal.

Il recommande la simple ligature en masse du moignon. Ce procédé garde à ses yeux les avantages suivants:

D'abord l'opération se fait en un minimum de temps et avec d'infimes manipulations. Il n'y a pas de risques d'infection par pénétration intestinale. Les hémorragies sont moindres donc moins de chances d'accroître la dévitalisation du cœcum. Et surtout pas de chambre close. A ceux qui lui objectent que la base d'implantation de l'appendice est un point faible ainsi que les parois vasculaires, il oppose les expériences de Hosley. Elles montrent l'excellente tenue du fond cœcal à des pressions assez fortes pour produire des perforations sur d'autres points de la paroi cœcale. Le cœcum de l'expérience était prélevé sitôt la mort chez un malade récemment appendicectomisé.

Malgré ce sévère réquisitoire de nombreux chirurgiens continuent à enfouir et appuient leur procédé sur le danger de laisser une surface cruentée favorable aux adhérences et irritante dans la cavité péritonéale. Les risques d'infection sont gros avec des parois infiltrées et friables et les blessures de l'enfouissement ne sont rien à côté du danger de l'élimination prématurée du catgut qui oblitère l'appendice. On prévient également bien des cas d'hémorragies. La chambre close n'est pas pour eux un milieu parfait pour les microbes. De plus ils sont assurés contre les risques d'une mauvaise ligature par une solide couture.

Les deux camps n'admettent pas de concessions quel que soit l'état de la paroi cœcale. Pour notre part nous avons aidé à opérer par les deux méthodes et suivi de nombreuses appendicites. Le nombre des fistules survenues ne montre aucun avantage net à l'une ou à l'autre des techniques.

Il est très intéressant de signaler l'intérêt dans le non-enfouissement, de la ligature de la base de l'appendice avec des catguts difficilement résorbables et dans l'enfouissement le danger d'une telle ligature dont l'évolution peut être fâcheuse par sa position intrapariétale. Il nous semble cependant que l'enfouissement ne peut être considéré comme cause de fistules et il a l'avantage de mettre à l'abri des complications hémorragiques.

D'autres chirurgiens ont incriminé comme facteur de fistules la suture de la paroi en plusieurs plans. Un des inconvénients de l'intervention précoce, c'est à côté du drainage obligatoire et des éventrations secondaires, le risque de suppurations pariétales. Le péritoine se défend bien mieux que le tissu cellulaire sous-cutané. En rétablissant la paroi plan par plan on propage l'infection aux différents étages. On favorise la nécrose due aux anaérobies et cela peut causer des phlegmons de la paroi gagnant très facilement la profondeur. On a intérêt, nous semble-t-il, à employer une suture en un seul plan. Cet avantage se retrouvera si une fistule se produit pour la mettre facilement à plat et limiter l'infection de la plaie.

B. — Une autre question qui ne satisfait pas tous les chirurgiens est le mode de drainage. Il est évident que les cavités purulentes mal incisées et drainées insuffisamment prédisposent à une fistule pyostercorale. La persistance de pus finit par ulcérer les tuniques intestinales.

On a abandonné le drainage par mèches qui s'imbibent de pus. Elles entretiennent une infection des bords et n'assurent pas un bon écoulement du pus.

On cherche, en employant des drains en caoutchouc, à ne pas les mettre au contact des anses grêles. Leur meilleure situation est entre la paroi interne de la fosse iliaque droite et la partie libre du cœcum moins fragile. Quand un long drainage est nécessaire, ils produisent, malgré les compresses dans lesquelles ils sont enveloppés, des ecchymoses sur le péritoine pariétal et dévitalisent la séreuse intestinale. On s'est vu ainsi dans l'obligation de les supprimer. Smith, malgré l'emploi de drains en cellophane moins irritants, a cependant constaté des fistules.

L'accueil fait au Mickulicz fit croire qu'on avait trouvé la solution idéale. On assure en effet une excellente évacuation du pus par le renouvellement facile des compresses intérieures. Mais on lui reproche de produire des ulcérations surtout sur le grêle. La partie externe de ce drai-

nage semble s'incorporer dans les tissus autour de lui et quand on l'enlève il s'ensuit une meurtrissure qui peut être à l'origine d'une lésion ulcérative. D'ailleurs, cette compresse externe imbibée de pus peut être considérée comme un élément persistant d'infection. Ces griefs portés au Mickulicz ne sont pas admis par tous les chirurgiens et bien que ne connaissant pas la vogue du début, ce procédé est encore employé comme notre meilleur moyen de drainage.

Quand la fistule pyostercorale est établie, M. Seneque recommande le drainage en T. Il a l'avantage de permettre l'évacuation parfaite du contenu digestif tout en favorisant le rétrécissement progressif de la fistule.

La technique d'Ombredanne recommande le moins de drainage possible et Mickulicz prescrit de faciliter au maximum l'évacuation des sérosités purulentes. Le chirurgien hésite, il voudrait bien refermer mais c'est gros de risques et il laisse un drain insuffisant. Nous croyons que l'emploi d'une méthode mixte est favorable à l'apparition de fistules.

⁂

Le chirurgien peut être amené à aboucher le cœcum à la peau devant l'étendue des lésions cœcales ou pour traiter un ileus.

Nous ne devons pas nous étonner si dans les 24 heures qui suivent une appendicectomie grave, le faciès dénote un malade de plus en plus intoxiqué et si la glace ne calme pas un abdomen douloureux et météorisé. Le choc opératoire joint aux progrès de l'infection entraîne, en causant des phénomènes paralytiques réflexes, un iléus toxi-infectieux. On doit intervenir à nouveau pour aboucher l'intestin à la peau. Il est nécessaire de faire cependant une vérification de la source d'occlusion. Dans les cas heureux,

le malade fait lui-même sa fistule. Cette réaction salutaire assure la fin de l'iléus.

Bouyala rapporte une excellente observation d'un enfant présentant un volumineux abcès appendiculaire, véritable phlegmon stercoral, avec de multiples perforations et un état général très grave. Il fit un anus cœcal. L'enfant s'améliora et 2 mois après il faisait une exclusion unilatérale et anastomose de l'iléon au transverse, suivie 2 mois après d'hémicolectomie. Ce procédé sauve le malade, diminue la durée de l'évolution et, sauf de rares exceptions, on arrive à le refermer rapidement.

II

La pathogénie des fistules tuberculeuses consécutives aux interventions sur la fosse iliaque droite a depuis longtemps été étudiée, et nous ne ferons qu'un rappel de certaines notions auxquelles les noms de Petit, Hartmann, Jalaguier, Alglave, sont attachés. Nous chercherons à développer l'imprévu des opérations dont le diagnostic causal n'a pu être établi avec certitude.

*
**

En dehors des poussées de péritonite simulant une crise aiguë et du syndrome d'appendicisme, les tuberculeux avérés se plaignent au chirurgien de douleurs avec paroxysmes dans la fosse iliaque droite. Prudemment ils sont envoyés à la radio avant toute intervention.

L'anatomie pathologique de ces lésions est bien précise et nous distinguerons avec Alglave :

Une forme granulo-ulcéreuse entéritique, d'une fréquence de 50 %, dont les lésions prédominent sur la muqueuse. Cette situation profonde ne peut éveiller l'attention du chirurgien que s'il ouvre la cavité intestinale.

Une forme entéro-péritonéale rencontrée dans 25 % des cas. La séreuse est parsemée de granulations ramifiées à travers les tuniques intestinales. La muqueuse laisse voir des granulations ulcéreuses. Elles forment des abcès pyo-caséeux redoutables par la naissance de fistules consécutives à l'intervention.

Une forme fibro-adipeuse hypertrophique dans 10 % des cas où les lésions de la muqueuse sont plus étendues que celles de la séreuse.

Les trois autres degrés sont moins fréquents. Ils donnent soit une forme atrophique sténosante, soit une forme de péritonite locale ou une adénopathie illéocœcale.

L'appendicectomie ne sera suivie d'aucune amélioration et par contre causera très certainement une fistule. Tous les chirurgiens sont d'accord à ce sujet : il faut intervenir largement pour espérer sauver le malade.

⁂

Bien que les statistiques soient peu fournies en documents, la tuberculose isolée de l'appendice retiendra notre attention. Nous rappellerons quelques données classiques:

Son diagnostic ne se fait souvent que sur la table d'autopsie.

Elle peut être isolée mais le plus souvent simultanée, coexistant avec des lésions de l'iléon terminal et du cœcum.

Une appendicite banale peut survenir sur un appendice resté indemne de tuberculose à côté de lésions iléocœcales assez développées.

Une appendicite banale peut apparaître chez un tuberculeux avéré sans qu'il y ait de lésions tuberculeuses iléocœcales.

Toutes les variétés de tuberculose iléocœcale peuvent donner un syndrome d'appendicite.

Les caractères de l'appendicite tuberculeuse se rapprochent beaucoup de l'appendicite banale.

Cependant l'ablation de l'appendice, qu'elle soit faite à chaud ou à froid est absolument nécessaire et le résultat de ces interventions dépend beaucoup des conditions opératoires. Avant d'opérer il y aurait tout intérêt à la diagnostiquer.

On devra écarter l'appendicite chronique dont les limites sont souvent communes avec la tuberculose. Divers examens de laboratoire, radiologiques en particulier, nous seront d'un grand secours. Devant un tableau d'appendicite aiguë qui comprend un ballonnement du ventre assez accentué, de la diarrhée, des rémissions incomplètes, de la persistance dans la fièvre avec des rechutes fréquentes joints à un mauvais état général, il y a de fortes présomptions en faveur de la tuberculose.

Le syndrome d'appendicite chronique par le contraste entre la gravité de l'état général, le volume de l'extension des lésions locales d'une part, et d'autre part l'absence de réaction péritonéale franche constitue avec l'ascite un élément de certitude de tuberculose.

Cependant le diagnostic de tuberculose ne peut être établi de manière certaine. L'anatomie pathologique nous renseigne sur les points d'élection qui seront de notre part l'objet d'une attention particulière à l'intervention. Les foyers de tuberculose paraappendiculaire susceptibles de produire des fistules apparaissent ordinairement:

Au niveau de la ligature qui a été posée à la base de l'appendice sur un point tuberculisé.

Dans le voisinage immédiat du moignon, sous forme d'une ulcération qui tend à se perforer.

Dans la paroi cœcale, par ouverture d'un abcès caséeux. D'où possibilité de fistules multiples et successives.

En aval sur une certaine partie de l'iléon et tout autour de la valvule iléocœcale.

Nous la soupçonnerons et, au courant de l'intervention, il ne faudra pas être surpris des difficultés opératoires.

L'appendice se présentera libre d'adhérences avec lésions discrètes. (Tuberculose kystique ou hypertrophique.) Son ablation est rapide, facile. L'examen des parties voisines montrera des lésions concomitantes du cœcum et de l'iléon. L'appendicectomie simple, sans excision de l'implantation cœcale préconisée par Richelot, pourrait être suivie d'une récidive avec fistule pyostercorale.

La découverte et l'ablation sont rendues difficiles par des lésions de périappendicite. Les adhérences sont nombreuses avec de petits foyers purulents. L'épiplon est atteint. La possibilité de déchirer l'intestin et le peu de confiance qu'inspirent les sutures en milieu bacillaire engagent le chirurgien à ne pas s'en tenir à une appendicectomie.

Le traitement préventif de cette complication s'adressera également aux ganglions appendiculaires et iléo-cœcaux et leur ablation systématique est un élément favorable de guérison définitive.

*
**

On sera désagréablement surpris aussi de l'évolution de certaines fistules. Malgré toutes les tentatives de fermetures simples, elles persistent. A l'intervention on a constaté aucune lésion tuberculeuse et cependant la fistule a causé une vive atteinte à l'état général.

Korte rapporte un cas où les tentatives de fermer une fistule pyostercorale échouèrent jusqu'au jour où une intervention envoya au laboratoire des pièces prélevées sur la fin de l'iléon et montrant la nature tuberculeuse de l'infection.

Nous chercherons à éviter cette biopsie en employant la radiographie. Les auteurs sud-américains Bréa et Costa

explorent le trajet avec du lipiodol. Nous connaissons ainsi exactement la fistule et ses anfractuosités. L'examen du transit intestinal dans cette région par ingestion et lavement opaques nous montrera l'état des anses intestinales. La forme du cœcum est particulière et le reflux iléal avec déformation de l'anse sera un élément capital du diagnostic. Enfin, ces signes radiologiques, en principe indirects, recevront, si nous hésitons, une confirmation précise par une laparatomie exploratrice. D'autres examens radiographiques montreront la coexistence de lésions pulmonaires. Nous recueillerons avec profit les renseignements par l'examen complet de tous les organes.

Possédant tous les éléments pour faire un diagnostic raisonné de l'atteinte tuberculeuse, nous préparerons le malade tout spécialement à subir l'intervention sans attendre une guérison problématique et un état de cachexie qui ne manquerait pas d'en résulter.

III

L'appendicectomie s'est faite parfaitement et à la surprise générale une fistule s'est établie peu à peu. Il est un réflexe chez tous les chirurgiens de passer un stylet dans le pertuis et d'explorer son parcours. A notre satisfaction nous trouverons assez profondément dans le trajet un corps dur qui nous arrête. Un débridement léger suffit parfois à faire découvrir un calcul ou une concrétion fécale autour d'un corps étranger, pépins de raisins ou autres. Nous ne pouvons expliquer leur présence à cet endroit que par leur issue de la cavité intestinale à l'occasion d'une perforation intestinale avant l'intervention. Nous l'avons obturée mais le corps étranger nous a échappé. Il a provoqué dans la cavité péritonéale une action plus infectante que mécanique. Tout autour de lui s'est formée une collection purulente qui cheminait vers la peau. Il

peut causer une lymphangite profonde et cette exaltation de virulence peut amener une perforation du cœcum et une fistule pyostercorale. Ce cas est un des plus fréquents et nous devons remarquer que l'évolution de la fistule tourne court et guérit en un temps minimum après l'enlèvement du corps étranger.

Certains auteurs ont signalé la présence dans le pansement de pépins d'oranges ou autres détritus alimentaires dont l'absorption n'avait été faite qu'après intervention. Ces pépins arrivaient dans un cœcum meurtri et perforé et suivaient le trajet du drainage pour s'éliminer. D'ailleurs cette expulsion se fait avec un minimum de signes et il est rare de pouvoir considérer cela comme une complication.

Il peut se produire qu'un ascaris vienne à perforer un cœcum infecté et arrive à la surface cutanée. C'est une surprise peu agréable de constater sa présence dans les compresses mais il n'est accompagné que d'une infime quantité d'écume séreuse ocre.

Il n'en est pas de même avec d'autres parasitoses. La fistule s'est produite et comme les signes généraux sont excellents, on s'attend à voir les bords de la plaie se refermer d'un jour à l'autre. Il s'agit le plus souvent d'une fistule pyostercorale dont les parois sont atones et revêtues d'un enduit crêmeux. Si nous avons la curiosité d'examiner à faible grossissement une particule nous constatons la présence de tricocéphales. Arnaud rapporte une observation d'une jeune femme opérée d'appendicite aiguë suppurée. Elle fit au deuxième jour une fistule pyostercorale qui dura 4 mois sans amélioration appréciable. L'étude coprologique mit à plusieurs reprises en évidence des tricocéphales nombreux et un traitement aux sels d'argent institué amena une rapide guérison.

Les parasitologues signalèrent en 1925 à la Société de Gastro-Entérologie de Paris les inconvénients de l'association tuberculose-parasitose en particulier giardias. Ils

voient la preuve de la persistance des fistules dans l'action néfaste des parasites intestinaux. Ceux-ci agissent mécaniquement en jouant le rôle de corps étrangers. Ils causent des érosions et inoculations microbiennes. C'est une irritation toxique des éléments tissulaires et les produits d'excrétion peuvent donner naissance à une réaction proliférative et hyperplasique congestive suivie d'une infection infiltrante des parois.

L'emploi dans la fermeture de la paroi de crins difficilement résorbables et d'agrafes et aussi un crin dont on n'a pu enlever la totalité peuvent former autour d'eux en partant d'une infection atténuée une poche de sérosité louche. Le malade n'y prête attention que si la cicatrice se désunit. L'évolution devient très longue, une suppuration s'établit et le malade fait une fistule purulente. Dans l'observation que M. le professeur Guyot nous a confiée, il s'agit d'une personne ayant subi une appendicectomie à froid après de multiples crises. Un abcès appendiculaire fut drainé et pour refermer la paroi musculaire on employa des ligatures qui sont encore visibles à la radio. L'une d'elles voisine de l'ouverture de drainage qui, de temps en temps depuis 3 ans, donne issue à du pus.

Ce chapitre termine notre étude sur la pathogénie des fistules. Nous espérons ainsi aider à comprendre l'anatomie pathologique de ces complications postopératoires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est une question essentielle qui règle la naissance de toutes les fistules. C'est la cavité purulente. Elle se forme suivant les cas dans la paroi cœcale, à partir de la muqueuse intestinale ou encore dans la paroi abdominale propre.

Nous avons pu constater que dans la majorité des cas les matières intestinales étaient éliminées après l'expulsion de pus.

Nous nous sommes étendus au cours de la pathogénie sur les qualités des lésions de l'orifice intestinal. Il peut être unique ou multiple. Son évolution varie avec son siège soit cœcal soit grêle. Le pourtour est plus ou moins arrondi avec quelques anfractuosités. Il peut atteindre des dimensions considérables jusqu'à former une perte de substance admettant une pièce de 2 francs. La périphérie est formée par une sorte de bourrelet constitué par la muqueuse intestinale qui fait hernie dans la cavité de l'abcès. Cette muqueuse devient parfois une sorte de clapet qui peut s'opposer par moments à l'issue des matières. L'orifice peut être limité sur un côté par un éperon dont la présence rend fâcheux le pronostic de la fistule. Mais l'évolution dépend aussi pour beaucoup de l'état de l'anse fistulisée. Le chirurgien doit avoir une connaissance aussi exacte que possible de l'état de ce segment intestinal.

C'est de la situation et du volume de la poche purulente

que dépendent bien des caractères des fistules. Dans les fistules simples c'est la paroi d'un abcès. Dans les fistules pyostercorales la collection peut être péri ou paraappendiculaire. Elle est généralement unique et sa multiplicité se rencontre dans la tuberculose.

La paroi est une coque assez épaisse formée d'adhérences. Par endroits la face intérieure est tomenteuse, tapissée de bourgeons. Il y a formation d'une membrane protectrice. Cette disposition se retrouve au début des fistules tuberculeuses mais rapidement la fistule et la poche deviennent à leur tour pyogéniques.

Le contenu purulent se transforme en une bouillie avec les matières fécales. Des concrétions peuvent rester au fond de la poche avant de s'éliminer. La capacité peut atteindre un quart de litre.

Le trajet fistuleux, généralement unique, laisse soupçonner par sa multiplicité, de vastes suppurations en nappes qui se feront jour spontanément à la paroi. Il peut n'exister qu'une seule fistule pyostercorale au milieu des fistules purulentes.

Le trajet n'est pas toujours rectiligne, il peut se ramifier et drainer d'autres clapiers. Dans les fistules labiées, la muqueuse intestinale peut tapisser la paroi et former un bourrelet autour de l'orifice cutané. Les fistules canaliculées plus étroites et non recouvertes de muqueuses ont une tendance plus marquée à guérir mais récidivent très facilement.

Autour du trajet on note des lésions inflammatoires de périviscérite. Au palper on sent un bloc induré qui immobilise les anses sous-jacentes.

L'orifice cutané est placé le plus souvent sur le trajet de l'incision et on ne le trouve ailleurs que dans les cas d'abcès ouverts spontanément. La peau s'excave et se plisse autour. Des lésions de dermites dues au contact des matières et du pus s'étendent à partir de l'orifice. Il y a une collerette de tissu infiltré et rouge d'où peuvent partir

des traînées de lymphangite. Les ganglions de l'aine sont enflammés.

C'est cet orifice qui est le siège pour les malades d'épouvantables douleurs et on comprend tout l'intérêt qu'il faut porter à la propreté et au pansement protecteur en attendant l'intervention.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fistules simples est le plus souvent évident. L'abondance de l'écoulement nous fait soupçonner une poche et nous pouvons, avec un stylet, reconnaître ses dimensions et son étendue.

Nous pouvons hésiter au début pour les fistules pyostercorales devant une légère modification de l'aspect et de l'odeur de la sécrétion purulente. Mais l'issue de gaz et de matières moulées ou d'une bouillie nauséabonde enlève tous les doutes. Cependant il ne faut pas oublier l'horrible fétidité et la présence de gaz dans certaines collections formées au contact du tractus digestif.

L'injection d'un peu d'éther dans le trajet fistuleux produit l'arrivée immédiate à la bouche du goût particulier à ce liquide volatil. L'absorption contrôlée de matières reconnaissables à l'évacuation sera un nouvel élément. On a voulu faire de la présence de coli une preuve de l'ouverture dans la cavité intestinale.

La certitude nous sera fournie par l'exploration radio-

logique du trajet à l'aide d'injection de lipiodol. L'emploi du stylet dans les trajets irréguliers n'est pas à conseiller à cause des blessures possibles. L'image cœcale sera facilement reconnaissable. On pourra mettre en évidence une cavité sur le trajet fistuleux qu'il faudra débrider et des collections purulentes profondes en bouton de chemise. Nous aurons une idée exacte de l'étendue et du siège de l'orifice intestinal. Nous savons que les fistules du grêle sont rebelles du fait de la causticité des sécrétions intestinales à ce niveau. Celles de la face postérieure du cœcum auront une évolution plus favorable car elles trouvent dans le plancher de la fosse iliaque tous les tissus propices à colmater l'orifice cœcal.

Une évacuation de matières se faisant presque uniquement par la fistule éveillera l'idée d'un éperon que la radio confirmera.

Il n'y a pas une évolution commune à toutes les fistules.

Les fistules simples les plus bénignes persisteront tant que nous n'aurons pas débridé la poche et enlevé tout débris susceptible d'entretenir la suppuration.

Nous pouvons attendre une guérison spontanée dans plus de la moitié des cas de fistules pyostercorales consécutives à une appendicectomie aiguë.

Cette issue favorable se fera ainsi :

Tantôt les matières emplissent la plaie et la débordent, tantôt à chaque pansement l'écoulement semble diminuer. La plaie se déterge et un bourgeonnement intense finit par oblitérer la perte de substance.

Au contraire, en dépit d'une prolifération intense des bords il persiste un petit trajet fistuleux dont certains malades peuvent s'accommoder.

Nous aiderons la guérison par des procédés chirurgicaux simples et souvent un traitement médicamenteux pourra amener une guérison s'il s'agit d'une parasitose intestinale. Mais si l'état général du malade devient inquié-

tant, il faut connaître la cause exacte de la persistance. On est obligé d'intervenir dans le cas où le segment intestinal doit être considéré comme n'ayant aucune valeur physiologique et entretenant par nécrose une longue suppuration.

En présence de lésions tuberculeuses nettes, nous devons nous attendre à des fistules rebelles qui gagnent de jour en jour en importance. Elles altèrent rapidement la santé du malade. Dans cet état de cachexie, l'infection tuberculeuse est exaltée et il n'est pas rare de voir ces malades emportés par une granulie. Ces suppurations minant les résistances physiques et morales, on a tout intérêt à envisager pour ces sujets une solution chirurgicale rapide.

TRAITEMENT

Nous avons insisté en nous aidant de la pathogénie sur la différence essentielle d'évolution entre des fistules d'étiologie différentes. Nous ne pouvons concevoir un traitement uniforme qui réunirait les conditions de succès et de simplicité. En présence d'une fistule nous baserons notre conduite sur de multiples détails particuliers à chaque état.

I

Dans les cas de tendance spontanée à guérir, la nature fait bien son travail et nous ne pouvons que l'aider en discernant ce qui pourrait nuire à cette évolution. Nous accélèrerons la marche de la guérison en détergeant la plaie et par des pansements fréquents nous éviterons une macération par une bouillie irritante. Les clapiers formés dans la paroi et causes de fistules accessoires seront largement débridés et pansés à plat. Une exploration minutieuse et non brutale écartera les risques d'inclusion de corps étrangers.

En présence d'un éperon, une des meilleures interventions, peu dangereuse et n'ayant d'autres inconvénients que son ancienneté, est la kentrotomie de Dupuytren. Les matières reprendront ainsi le cours normal d'évacuation. Nous veillerons aussi à ce que la muqueuse intestinale ne s'éverse pas à la peau, ce qui gênerait toute évolution favorable.

Bien des auteurs vantent les succès obtenus avec des subtances telles que cantharide, vaseline irradiée, qui sollicitent les plaies atones. Nous hâterons la cicatrisation par l'attouchement des bourgeons au nitrate d'argent.

Dans les cas de tuberculose nous renforcerons les moyens de défense naturels des fistulisés qui doivent subir une intervention. Les injections de choline remonteront un état général déficient.

Malgré l'inconvénient d'une fistule nous alimenterons de notre mieux un malade qui cherche à moins souffrir en se privant de nourriture.

Il y a donc tout intérêt à surveiller l'état intestinal des malades. Ce sont ordinairement des constipés et, par de légers laxatifs, nous faciliterons une évacuation anormale. Nous diminuerons également par une alimentation choisie mais nutritive la toxicité du contenu intestinal. Par des vaccins et bactériophages nous atténuerons la virulence de la flore microbienne.

Si la fistule existe sur le grêle nous connaissons la causticité des sécrétions à cet endroit. Nous empêcherons le phagédénisme des plaies en neutralisant les matières écoulées par des solutions légèrement acides.

En attendant un bon résultat n'oublions pas l'importance du pansement. Les porteurs de fistules ressentent une brûlure continuelle exaspérante à ce niveau. Nous traiterons cette dermite prurigineuse en bordant le pourtour de la plaie, mais sans recouvrir, d'un corps gras non toxique mais topique. La peau sera ainsi sous une couche isolante et protectrice. Les traînées de lymphangite seront facilement traitées par des pansements fréquents et une propreté minutieuse.

Nous avons tout intérêt à préparer un excellent champ opératoire pour une intervention. Une bonne préparation mettra de notre côté les chances optima de succès et d'une bonne cicatrisation.

II

La conduite du traitement chirurgical a été bien discutée. Nous exposerons les différentes méthodes avec leurs avantages et leurs inconvénients.

MÉTHODES OPÉRATOIRES

Diverses techniques ont été posées et nous distinguerons: les méthodes directes; on se porte sur la lésion et on tente de réparer la perte de substance elle-même.

Les méthodes indirectes consistent à intervenir non plus sur la lésion mais sur un segment intestinal voisin, plus ou moins éloigné et obtenir ainsi une suppression du cours des matières dans l'anse intéressée.

*
**

Le chirurgien peut fermer la fistule sans atteindre la barrière formée par le péritoine et les adhérences. Il opère dans le champ immédiat de la fistule.

Les procédés extrapéritonéaux furent les premiers employés devant les désastres des interventions avant l'asepsie. De plus, ces procédés ne peuvent donner des succès que s'il n'existe plus d'éperon. Les matières fécales repoussées vers la ligne de suture la feront céder inévitablement.

Malgaigne détache l'intestin de ses adhérences et réunit les deux lèvres de la fistule par l'adossement des deux séreuses.

En présence d'une fistule ourlée muqueuse et peau, Savariaud fait une incision en collerette a 1 centimètre de la fistule, rebrousse vers l'intérieur de l'intestin cette collerette liée puis suture sans perforer la paroi intestinale. Le péritoine n'a pas été atteint et on referme avec des crins.

Lenormand a employé le procédé suivant: après dissection de la fistule il passe un fil en bourse autour de l'orifice intestinal libéré, le serre et suture la peau par dessus.

Ces procédés simples doivent être employés sur les fistules bien propres et non soupçonnées de tuberculose. Nous aurons cependant des récidives nous obligeant à employer les procédés suivants.

Les *procédés intrapéritonéaux* ont causé de grands débats et ne sont pas sans inconvénients. Les difficultés du décollement et de l'hémostase ne sont pas un vain mot. On court les risques d'infection péritonéale et la formation de suppurations péri-intestinales. De plus la résection qui peut être jugée nécessaire est une intervention grave en un seul temps. Il faut intervenir largement pour enlever toutes les lésions. Mais il ne faut pas oublier le rôle physiologique du gros intestin que ne peuvent remplacer les dilatations qui se produisent sur les anses intestinales.

Okinzic employant la résection suivie d'entérorraphie attribuait ses échecs à un clivage pariotécolique difficile en tissu rétro-péritonéal infecté.

L'Ecole lyonnaise avec Guillaminet et Guérin élèves de Delore, recommande de transformer en un premier temps la fistule pyostercorale en labiée par débridement large et ne s'occuper de la perte de substances que dans un deuxième temps.

L'incision peut être soit orificielle soit de préférence

verticale médiane. Cette dernière, plus ou moins prolongée et distante du foyer contaminé, permet de réaliser plus facilement la libération et la mobilisation du segment intestinal. On extériorise l'anse malade et suivant l'importance des lésions on fait une entérorraphie latérale ou une résection. L'entérectomie est une opération idéale et pratiquement elle n'est pas facile. Pourtant elle doit être envisagée dans les grosses pertes de substance. La suture intestinale doit être tenue isolée et distante des incisions opératoires et des drains. Toutes les précautions d'asepsie doivent être d'une minutie extrême au cours de ces manœuvres. Le péritoine est fermé par un surjet. La paroi est reconstituée plan par plan et drainée pour parer aux risques d'une rétention septique.

Delore voit dans ces traitements directs les seuls curatifs. Il faut s'adapter à chacun des cas envisagés. Dans la tuberculose le traitement ne peut être uniforme et pratiquement les chirurgiens font ce qu'ils peuvent. Ils rejettent les opérations de dérivation qui ont des indications bien précises et peuvent gêner l'opération radicale entreprise ultérieurement.

Les seules restrictions admises sont l'impossibilité d'obtenir la transformation vraie de la fistule pyostercorale en labiée malgré un traitement prolongé. Le grand âge et la cachexie du malade sont quelquefois une contre-indication.

Potherat circonscrivait la fistule par incision elliptique dont les deux angles les plus prolongés intéressent la peau et le tissu sous-cutané. Il ferme la fistule avec des pinces et sépare tous les plans de la paroi en se tenant au plus près de l'intestin sans l'ouvrir.

Kantor ne s'occupe pas de l'orifice cutané et aborde la fistule par l'intérieur de l'abdomen. Il opère entièrement par cette incision.

Quand on réseque en un seul temps l'abouchement des deux faces cruentées on fait courir des risques et on ne peut répondre de la bonne tenue des sutures.

Les reproches adressés à ces méthodes par d'autres chirurgiens sont les suivants: bien que l'état des malades autorise l'opérateur à avoir de l'audace il est tenté de ne faire que des résections minima et les sutures des parois coliques se font sur un bord de l'intestin sclérosé, bridé par un tissu cicatriciel inextensible. Le côlon est laissé adhérent à la paroi abdominale et ce fait va à l'encontre du grand principe de chirurgie qui cherche à éviter les adhérences.

⁂

Aussi certains chirurgiens n'hésitèrent-ils pas à employer des méthodes élégantes, bien réglées, qui ont pour théâtre un segment intestinal éloigné du foyer d'infection. De plus, dans la tuberculose, toute intervention sur la fistule est considérée comme allant au-devant d'un échec.

Le procédé le plus simple est une anastomose iléocolique transverse ou iléosigmoïdienne. Ce procédé palliatif a donné quelques résultats mais il a l'inconvénient de ne traiter que les lésions que par une mise au repos relative. La fistule continuera à donner des lambeaux sphacélés et des sécrétions purulentes.

Les lésions ne sont pas supprimées non plus dans l'exclusion de l'anse malade recommandée par Forgue. *L'exclusion unilatérale* draine vers le rectum le trop-plein du côlon droit mais le péristaltisme colique fait refluer une partie des matières vers le cœcum. La mise au repos n'est pas réalisée et on emploiera *l'exclusion bilatérale* qui supprime ce cul-de-sac. Mais la soupape de sûreté formée par le fistule doit toujours fonctionner. On s'expose à voir ce segment intestinal persistant dans la cavité péritonéale donner naissance à une péritonite. Cette opération a amené cependant une rétrocession suffisante des lésions.

Pierre Duval a parfaitement réglé ces interventions,

mais le segment intestinal exclu est si dangereux que même avec une fistule tarie il doit être enlevé. Aussi Lecene et Leriche ont vu dans cette intervention le premier temps d'une résection ultérieure. C'est une opération grave à mortalité élevée et où les difficultés opératoires sont nombreuses.

On se heurte à une barrière étendue d'adhérences et si on n'attend pas suffisamment on manœuvre en terrain extrêmement infecté. Il n'est pas rare de voir dans les fistules tuberculeuses, des fistules se reproduire et beaucoup de ceux considérés comme guéris opératoirement restent soumis à la possibilité de nouvelles localisations.

Nous avons donc entre les mains plusieurs procédés opératoires. Faut-il en conclure que cette diversité est un gage d'impuissance devant une fistule pyostercorale? Non. Les statistiques prouvent de plus en plus les excellents résultats. Si en chirurgie il est une règle qui recommande de ne pas fermer trop vite les trajets fistuleux, nous ne devons pas laisser cachectiser ces malades. Nos moyens actuels d'investigation nous permettent une étude complète de ces fistules, mais le chirurgien sera le seul juge et utilisera la méthode la moins meurtrière qui lui semblera la plus favorable.

OBSERVATIONS

Observation I.

Docteur L..., opéré par Docteur Salles.

Antécédents héréditaires: Père et mère en bonne santé.

Antécédents collatéraux: Sœur décédée de néo-utérin à 36 ans.

Antécédents personnels: Maladie de l'enfance; albuminurie à 16 ans. Pendant la guerre, évacué de la zone des armées pour atteinte pulmonaire. 4 mois d'hôpital. Réforme temporaire avec invalidité de 10 % pour sclérose pulmonaire. Repris pour le service armé donc guéri 4 ans après.

Maladie faisant l'objet de l'intervention: Phénomènes infectieux dus à une stase intestinale se traduisant par un teint terreux, subictérique, système nerveux excité: insomnies, changement d'humeur. De temps en temps, quelques coliques avec tranchées sans localisation appendiculaire. Cet état durait déjà depuis quelques mois et entretenu par changement complet de vie. Le sujet, par son métier, devant faire 10 à 14 heures par jour en auto. Cependant, jamais de constipation, des selles régulières mais avec de temps en temps des débacles diarrhéiques.

Le 12 juillet 1936 apparaît une diarrhée opiniâtre qui durera jusqu'au 16 au soir sans coliques et avec 4 ou 5 selles par jour; pas de température.

Le 17, à 3 heures du matin, réveil avec coliques appendiculaires, arrêt des matières et des gaz, un vomissement vers 8 heures et un gaz dans l'après-midi. Température: 37°8. Le malade appartenant

au corps médical ne daigne pas se soigner et continue sa tournée dans la matinée.

Vers les 6 heures du soir, l'état persistant, l'entourage appelle le docteur G... Le malade fait, à l'insu de tous, une piqûre de morphine dans le but de pouvoir continuer ses courses. Mauvaise nuit.

Le 18, le docteur Salles, appellé en consultation, décide l'intervention pour 14 heures, soit 36 heures après l'apparition des premiers symptômes.

Intervention: Anesthésie au balsoforme. Le malade est agité. Faciès intoxiqué de péritonéal. Pannicule adipeux assez développé. A l'ouverture, on trouve un appendice gangrené, augmenté de volume, perforé à la base. Plaques de sphacèle éparses sur l'intestin grêle et la face externe du cœcum, liquide en quantité dans le ventre. Intervention difficile avec incident anesthésique. Appendice cautérisé au thermocautère non enfoui.

Le lendemain de l'intervention, pouls filant, langue sèche: état grave.

Le 20, deuxième jour de l'intervention, le malade a des gaz et va à la selle. Etat moins inquiétant, on enlève la mèche.

Le quatrième jour, on enlève un drain.

Le sixième jour, on enlève le deuxième drain. Ils ont donné un pus abondant et fétide. La température était restée dans les alentours de 38°5.

Le septième jour, la température s'élève à 40°. La cause en est dans le réveil par l'anesthésique de la vieille lésion pulmonaire. Traité énergiquement, cet incident n'a présenté qu'une durée de 3 jours.

La température descend à 38° environ où elle se maintiendra de 15 à 20 jours environ.

Vers la fin de la troisième semaine après l'intervention, apparition d'une fistule stercorale que le chirurgien localise au moignon appendiculaire. Ce qui fut vérifié. N'oublions pas le mauvais état de l'appendice gangrené et friable et les parois du cœcum cartonnées par l'infection. Cette fistule laissera échapper des selles molles à allures diarrhéiques et quelques écoulements purulents. Le plus gros des matières passe par l'anus. La plaie profonde, à parois disséquées laisse voir le cœcum. Peu à peu le pus diminue, la plaie bourgeonne et le 8 décembre 1936, c'est-à-dire 4 mois après, se ferme spontanément sans intervention. A noter, vers le 80e jour

un abcès à colibacille de la paroi qui dura une semaine, l'état général était mauvais, entretenu surtout par un moral déficient.

Séquelles. Il persiste actuellement une entérocolite à fermentation. De temps en temps quelques coliques avec diarrhée.

Cicatrice parfaite, solide.

Etat général excellent.

Observation II.

Docteur Salles et médecin-colonel Sarrat.

Gendarme de la brigade de Vielle-Aure.

Antécédents personnels, collatéraux, héréditaires: Rien à signaler.

Antécédents de la maladie: Evacuation généralement normale mais quelquefois coliques assez violentes sans localisation précise. Un point douloureux hépatique apparaît après les fatigues causées par des marches ou des voyages en voiture. Il s'y ajoute une sensation de pesanteur et une légère douleur dans le flanc droit.

Le 24 février 1939 il fait pour son service un voyage en auto assez important. Le soir, le point douloureux apparaît dans le bas-ventre et à droite. Le malade est gêné. Il prend son repas du soir mais sans appétit.

Une heure après, vomissements très abondants et évacuation de selles entièrement liquides. Le malade a des frissons et la douleur se précise dans la fosse iliaque droite. Il est obligé de se coucher mais loin de se calmer, la douleur s'exagère par moments. Le malade est agité. Il pâlit et quelques sueurs apparaissent sur son visage. Il n'éprouve plus le besoin d'aller à la selle et ne rend dès ce moment aucun gaz. Dans le courant de la nuit, agité, il accuse encore quelques vomissements.

Le 25 février au matin, le malade prend 20 grammes d'huile de parafine et 2 ampoules de vaccin. Pas de selle, les vomissements continuents. La journée se passe mauvaise, et la température qui n'a pas été prise jusqu'ici arrive le soir à 38°2. Nuit sans sommeil, la douleur est toujours violente.

Le 26 février à 10 heures, le docteur l'adresse à l'hôpital. Il arrive à 17 heures ayant voyagé sans trop de peine, demi-assis en voiture. Il a reçu au départ une injection de morphine et sucé une orange. Le température est à 39°7.

Intervention à 17 h. 30. Anesthésie au balsoforme. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, issue de pus bouillon sale. On arrive sur un appendice rétrocœcal enfoui dans un magma d'adhérences gangrené et perforé à l'extrémité. Les anses grêles sont rouges et distendues, le cœcum enflammé est infiltré et cartonné avec des plaques de sphacèle verdâtres.

Exérèse par thermocautère, pas d'enfouissement, drainage par deux mèches et un drain. Suture en trois plans.

Suites opératoires: Malade intoxiqué et fatigué, il reçoit des vaccins anti-infectieux et du sérum. La température se maintient à 38°5 durant 4 jours. Le malade fait des gaz le troisième jour. La température descend légèrement. Le sixième jour on enlève les mèches. Il s'écoule du pus en abondance, d'odeur nauséabonde et de couleur verdâtre avec traînées ocres. La température monte le soir à 38°9.

Le huitième jour on refait le pansement: pus abondant et on se trouve en présence d'une fistule pyostercorale. Elle donne du pus en si grande quantité qu'elle nécessite une large pansement journalier. Quelques gaz s'en échappent. Au palper l'abdomen est empâté et douloureux du côté droit.

Peu à peu la fistule se tarit. Le pus diminue mais le malade continue à émettre des gaz et quelques matières par la plaie. La majeure partie des selles passe par l'anus. Les bords de la fistule disséquée et enflammée, bourgeonnent peu à peu.

Un mois après, il persiste une légère suppuration. Les matières suivent le cours normal. La plaie se comble et nécessite des cautérisations au nitrate d'argent. On n'envisage pas d'intervention. Le traitement médical consiste en légers laxatifs et vaccins intestinaux. Le malade mange bien et reprend du poids.

Observation III.

D..., 35 ans. Hôpital Saint-André.

Antécédents de la maladie: Depuis 6 mois environ le sujet accuse des douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen, survenant par crises. A deux reprîses, il dut rester au lit quelques jours, à la diète et faisant des applications chaudes sur l'abdomen. Ses selles ne subirent pas de modification.

Un matin, crises plus violentes que d'habitude. Le malade reste couché et essaie son traitement habituel: pas d'amélioration mais recrudescence des douleurs et vomissements.

Le docteur appelé le soir constate une contracture nette de la fosse iliaque droite avec hyperesthésie cutanée et douleurs nettes au Mac Burney et envoie le malade à l'hôpital.

Intervention le soir-même, c'est-à-dire 12 heures après le début de cette crise.

Sérosité purulente libre dans le ventre. On trouve un appendice gangrené, rouge, turgescent. Le cœcum porte des plaques de sphacèle. Extirpation totale de l'appendice. Enfouissement. Drainage par deux mèches et drains. Suture plan par plan.

Suites opératoires: Durant les 8 jours suivants, le malade intoxiqué se relève. On enlève les drains qui donnent du pus de moins en moins épais. La plaie se referme. Le malade s'apprête à quitter l'hôpital et, en faisant un des derniers pansements, vers le 15e jour, on voit une tuméfaction légère sous la cicatrice. Dans la nuit douleurs et tiraillements légers dans la fosse iliaque droite et le lendemain on doit ouvrir à la sonde, dans la cicatrice, une poche contenant de la sérosité.

Le malade reste à l'hôpital. La plaie se désunit tout à fait et laisse échapper du pus de plus en plus épais. Les pansements doivent être faits chaque jour. Dans les lèvres de la plaie on doit débrider et mettre à plat des poches purulentes. Une fistule stercorale se manifestant tous les jours par des matières dans les pansements, apparaît vers le 22e jour. Durant 2 mois, la plaie laisse échapper du pus. Le malade éprouve tous les 3 ou 4 jours le besoin d'aller à la selle. Il émet des selles dures mais pas de sang.

Quelquefois il y a un arrêt dans l'écoulement. Le malade souffre et la température repart, puis débâcle et issue de pus en grande quantité.

Vers le troisième mois le pus devient peu à peu moins épais. La paroi abdominale présente une plaie déchiquetée et anfractueuse, la muqueuse intestinale gagne la peau par endroits. Il persiste un empâtement douloureux. Le malade mangeant peu apparaît très fatigué.

Le lavement opaque ne montre pas la présence d'éperon ni d'images spéciales.

La plus grande partie des selles suit le cours normal. Quand nous le voyons, le chirurgien envisage une suture directe intrapéritonéale, possible avant que le malade ne soit complètement exténué.

Observation IV.

Docteur Ducastaing, médecin-colonel Sarrat.

Mo..., coiffeur, 27 ans.

Sujet opéré en 1930 pour appendicite. Opération faite assez tardivement. Présence d'un plastron assez étendu. Sérosité libre dans la cavité péritonéale. Enfouissement. Drainage. Suture en un seul plan.

Suites opératoires assez bonnes. Légère suppuration, mais le malade quitte l'hôpital 2 mois après avec une bonne cicatrice.

Rien à signaler jusqu'au 2 juin 1938. Le malade est réveillé dans le courant de la nuit par quelques coliques, il s'aperçoit qu'une légère sérosité s'échappe de la partie inférieure de la cicatrice. Cela dure quelques jours. Il est hospitalisé le 7 juin et, sans intervention, la plaie se referme.

Le 25 juillet, au cours d'une période militaire, se plaint de douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite. Quelques tiraillements et la température monte à 37°9. Repos de 5 jours. Amélioration et départ pour les manœuvres. Le 2 août 1938, suppuration très légère au camp, quelques douleurs sans modification des selles. Pansements sans hospitalisation. Le plaie continue à se désunir.

Le 23 août 1938, le malade se sent fatigué, des douleurs sourdes reparaissent dans la fosse iliaque droite. On perçoit un empâtement diffus et, à la partie inférieure de la cicatrisation, un petit pertuis laisse toujours échapper une sérosité louche. La mobilisation de la cicatrice réveille une douleur et montre l'adhérence profonde. Un stylet introduit s'engage sous la paroi cutanée. La température atteint 38° et on note une légère constipation.

Hospitalisé, il est mis au repos couché. La plaie se désunit de plus en plus et laisse échapper du pus. Sur la cicatrice, la peau rouge est œdématiée. On incise. Evacuation de pus nauséabond. En quelques jours la plaie est devenue profonde, elle laisse échapper des matières intestinales. La sonde introduite conduit dans la cavité cœcale.

Les examens radiologiques par ingestion et lavements opaques montrent un cœcum d'image normale mais adhérent à la paroi.

Le 6 septembre 1938, intervention sous anesthésie générale. Par la brêche agrandie, on épluche la paroi et on fait un avivement de l'anus cœcal. Enterorraphie intrapéritonéale. Sutures au catgut fin et fermeture sans drainage.

Le 15 septembre 1938: Bon état local.

Le 30 septembre 1938: Cicatrice souple et paroi abdominale en parfait état. Il sort de l'hôpital le 2 octobre 1938.

Observation V.

Hôpital de Tarbes 1937.

Enfant de 12 ans. En revenant de l'école il se plaint de violentes coliques. Il arrive courbé à la maison, se tenant le bas-ventre, après une marche de 2 kilomètres en montagne. Il a dû s'arrêter plusieurs fois, malgré les rires de ses camarades. Evacuation de selles liquides à plusieurs reprises.

La mère, d'esprit obtus, croyant à une « indigestion » le fait coucher. Le soir venu, elle force l'enfant à prendre quelque nourriture (des châtaignes). Dans la nuit, vomissements et frissons. Le lendemain matin, la mère sur les conseils des voisins, lui donne une purge que l'enfant rend presque aussitôt. Toutes les boissons prises sont également rendues. Vers le soir acalmie, mais dans la

nuit les coliques sont à nouveau très violentes, les vomissements reprennent. L'enfant se tord dans le lit « et était brûlant » dit la mère.

Le lendemain, la mère donne un lavement huileux qui arrache des cris à l'enfant. Enfin, elle fait appeler le médecin qui, très éloigné, ne peut arriver que le soir dans ce village de montagne. Il l'adresse immédiatement à l'hôpital.

Il arrive tard dans la nuit, plié en deux et à l'examen présente un ventre contracturé que l'on ne peut palper sans provoquer chez l'enfant des cris de douleur et des gestes de défense. Le début de la crise remonte à environ une soixantaine d'heures. L'état général est très grave et le chirurgien ne veut pas intervenir. Diète absolue et 2 vessies de glace. Suppositoires calmant. La température est à 39°9, le faciès du malade est excavé, il respire superficiellement le pouls est à 130. On s'attend d'un moment à l'autre à une issue fatale. Plus de vomissements mais quelques hoquets jusqu'au matin.

Journée mauvaise, cependant l'enfant est moins agité. Il repose un peu la nuit suivante. La température se maintient quelques jours entre 39° et 40°.

Vers le sixième jour, l'enfant repose tranquillement dans son lit, son ventre est dur. Il ne se plaint plus, il a fait quelques gaz mais il est exténué. Sérums, camphre.

Durant une quinzaine il fera de la température; mais la courbe descend peu à peu. Il persiste un plastron à droite allant jusqu'à l'ombilic.

Deux mois après on décide de l'opérer. A l'incision, on tombe sur une masse compacte et fibreuse. Adhérences étendues et fermes rendant l'abord et la libération de la masse cœcale extrêmement laborieuse. Pas de blessure intestinale visible et on arrive à travers un tissu inflammatoire sur un appendice enfoui dans la paroi cœcale, long et recourbé à son extrémité. Il a fallu le sculpter dans cette masse. L'hémostase est difficile. Il peut être enlevé en entier. Pas d'enfouissement. Le drainage est assuré par une mèche et suture plan par plan.

Vers le 3e jour, la température monte à 38°2. On ouvre le pansement. Il s'échappe à travers la gaze un pus jaunâtre bien lié avec quelques traînées de couleur marron. Dans les jours qui suivent,

la plaie s'agrandit, les crins et catguts ne retiennent plus que des tissus sphacélés. Nettoyage quotidien.

Cette fistule persiste pendant 2 mois avec, vers le 25e jour, une tentative de comblement, puis réouverture. Cependant elle s'est fermée peu à peu et vers le 65e jour elle est tarie. L'enfant, de corpulence robuste, avait perdu du poids mais conservé un excellent appétit.

Observation VI.

Service du Professeur Guyot (38073).

M. F..., 22 ans, entré à l'hôpital en mars 1938 pour une fistule qu'elle porte au niveau d'une cicatrice abdominale.

Antécédents: En 1932, la malade a été opérée de l'appendicite gangréneuse d'urgence à l'hôpital de la Pitié. Elle ne peut préciser s'il y eut suture primitive de la paroi mais elle dut être réopérée dans la nuit pour une hémorragie siégeant au niveau de son opération.

Les suites opératoires sont pénibles, la température élevée présente de grandes oscillations. L'abdomen était ballonné et douloureux. De temps en temps crises avec arrêt des matières et des gaz. La plaie suppurait abondamment et nécessitait la présence pendant une quinzaine environ de drains et de mèches. On soulageait la malade par des lavages d'estomac. Elle se plaignait en effet de douleurs lancinantes dans l'hypocondre gauche. Mais un jour, crises répétées et il faut intervenir de ce côté. Incision entre l'ombilic et le rebord costal gauche. La plaie n'est qu'à demi suturée. Pas de drains ni de mèches mais il s'écoule du pus en abondance nécessitant plusieurs pansements par jour. Dès ce moment soulagement notable et la température tombe en quelques jours. Le ballonnement disparaît et la malade va régulièrement à la selle. Au niveau de la plaie d'appendicectomie persiste un petit orifice donnant cours à quelques sérosités claires. Au bout de 6 mois, guérison complète.

Voilà donc un malade ayant fait une péritonite enkystée et ayant à cette incision, entretenu pendant quelques temps, des écoulements purulents.

En 1937, il y a 6 mois, la malade sent des tiraillements et des

coups d'aiguilles profonds au niveau de la fosse iliaque droite; tout particulièrement quand elle est fatiguée. La cicatrice d'appendicectomie ne présente pas de signes objectifs. Avec un peu de repos tout rentre dans l'ordre.

3 mois après, nouvelle alerte, même douleurs et apparition à la partie inférieure de la plaie d'un petit orifice laissant sourdre quelques gouttes de pus. Quelques pansements et la plaie se referme.

En mars 1938, réveil des douleurs dans la fosse iliaque droite. Sensation de pesanteur. La plaie se désunit peu à peu et à nouveau évacuation de pus. L'écoulement devient abondant et augmente avec l'effort. Un débridement conduit sur des poches purulentes. La paroi est infiltrée et rouge, l'abdomen est empâté à droite et douloureux. Quelques jours après, la fistule devient franchement stercorale. La majorité des matières fécales s'évacue cependant par l'anus. L'inflammation de la plaie cesse mais les bords sont déchiquetés. Une éventration, l'intestin est directement sous la peau.

A plusieurs reprises une partie de la muqueuse intestinale s'extériorise mais est facilement détruite.

Au toucher vaginal les culs-de-sac sont libres, mais douleurs à droite.

Le 17 mai 1938, intervention. Le cœcum adhérent en partie au plan cutané est délicatement libéré. Le bloc fibreux sous-jacent est disséqué. On arrive sur un moignon appendiculaire communiquant avec le cœcum. On l'enfouit. La fistule est excisée.

Il est impossible de faire une autoplastie, l'éventration est trop grande. On suture en un seul plan avec drainage à la partie inférieure de l'incision.

Bonnes suites opératoires. La malade quitte l'hôpital guérie.

Observation VII.

Service du Professeur Guyot.

M... (Jean), 32 ans, est entré à l'hôpital pour appendicectomie. Il est opéré le soir-même. On trouve un appendice gangrené très long plongeant dans la cavité pelvienne et enfoui dans une masse

d'adhérences. Dissection laborieuse, le cœcum est rouge et distendu, pas de blessure opératoire visible. On n'a pu avoir la totalité de l'appendice. La tête, difficile à sculpter, est laissée dans un bloc de tissu fibreux. L'appendice est sectionné au thermocautère et enfoui. Drainage par des mèches.

Suites opératoires assez bonnes mais vers le 6e jour le malade accuse une douleur dans le bas-ventre. La fièvre repart à 39°. Au toucher rectal sensibilité particulière. Le malade urine difficilement et ses efforts pour aller à la selle déclanchent des douleurs dans le bas-ventre.

La plaie s'ouvre et donne cours à du pus. Dans les quelques jours qui suivent, des matières apparaissent dans le pansement. Fièvre à oscillations mais peu à peu tout rentre dans l'ordre.

La fistule semble se combler par instant puis reprend. donnant toujours du pus et des matières.

On intervient 1 mois après. On dissèque dans une poche fibreuse la tête de l'appendice gonflée et sphacélée. On enfouit la fistule cœcale après résection de ses bords. Exérèse du trajet cutané de la fistule. Epluchage. Drainage par mèche et on suture en trois plans.

La mèche est enlevée 48 heures après. L'incision se comble et la cicatrice, après quelques pansements, est solide et souple.

Observation VIII.

Service du Professeur Guyot (36121).

Mme L... (Françoise), 55 ans, ménagère.

Entre le 18 février 1936, salle 32, lit n° 17.

Antécédents personnels: Rien à signaler.

Antécédents de la maladie: Il y a 8 ans elle a présenté une violente crise abdominale traitée par glace et repos au lit. Dans les 2 années qui suivirent elle a ressenti, à différentes reprises, des douleurs dans la fosse iliaque droite, mais bénignes et de courte durée.

Le 14 février 1936, dans le courant de la nuit, coliques violentes continues. Nausées, vomissements et évacuation de matières

liquides. Vers le matin, la douleur se localise à la fosse iliaque droite. La température est de 39°. La malade reste au lit, ne fait appeller son docteur que le lendemain soir. croyant que l'évolution serait semblable aux précédentes crises. Elle est adressée à l'hôpital.

Le 18, à l'examen, on peut constater un plastron important occupant la fosse iliaque droite. La palpation est douloureuse. Le toucher vaginal révèle un empâtement douloureux dans le cul-de-sac droit. La température oscille toujours entre 38° et 39°.

Le 24 février, la diarrhée reprend et un nouveau toucher vaginal conduit sur une masse sensible et bombant dans le cul-de-sac droit. Intervention. Anesthésie générale et incision de Roux.

Ecoulement abondant de pus fétide. On draine par Mickulicz sans appendicectomie.

Suites opératoires assez bonnes tout d'abord. La plaie suppure, elle devient béante. L'abdomen droit ne respire plus et est très douloureux à la palpation. La glace est maintenue longtemps. Elle calme de fréquentes crises et rend le ventre plus souple.

Le 24 avril 1936, la plaie qui s'est en partie refermée, donne à nouveau l'occasion d'une crise douloureuse. La température est à 38°5, 38°9, pendant quelques jours.

Le 29, la température tombe.

Jusqu'en juin il s'écoule de la plaie une sérosité de moins en moins purulente. La malade est fatiguée mais présente un assez bon état général.

Le 23 juin 1936, nouvelle intervention. Incision de Jalaguier et appendicectomie délicate. Drainage par Mickulicz enlevé le 1er juillet 1936. Suite normale, elle peut quitter l'hôpital.

Le 2 novembre 1937 elle rentre à nouveau. Au niveau de ses plaies opératoires de petits abcès se sont formés. Ils sont venus jusqu'à la surface et ont donné du pus et des matières.

On intervient localement, on trouve une fistule cœcale assez importante. Excision. Ligature. Enfouissement après décollement de la paroi cœcale. Fermeture plan par plan avec drainage sous-cutané.

Suites opératoires excellentes.

Depuis nous n'avons plus revu cette malade.

Observation IX.

Service du Professeur Guyot (36177).

Mme C... (Zélie), 57 ans. Entre à l'hôpital pour abcès appendiculaire.

Antécédents de la maladie: Il y a une quinzaine environ, la malade ressentit des douleurs et des tiraillements dans la fosse iliaque droite. Elle a vomi et sa température est montée à 38°. Quelques selles diarrhéiques. Sous l'influence du repos et de la diète. la température tombe en quelques jours.

Il y a 2 jours, reprise des crises douloureuses, la température grimpe à nouveau à 38°5; cependant que la malade se plaint de douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite et de quelques nausées.

A l'examen l'abdomen est occupé à droite par un énorme plastron douloureux à la mobilisation, allant de l'ombilic à la crête iliaque. Le toucher rectal ne donne pas de points sensibles.

On intervient et on ouvre une vaste collection purulente en bouton de chemise, dont la masse principale est rétrocœcale. Les anses intestinales sont rouges, distendues et accolées. On draine le pus et on laisse en place un Mickulicz.

Dès le lendemain la température tombe. Le pus des pansements est fétide et quelques jours après des matières les colorent.

L'état général de la malade s'avère mauvais quelques jours après, la fièvre fait son apparition, un abcès se forme dans la paroi. L'ouverture donne un liquide huileux et du pus. Quelques oscillations et la malade se sent mieux.

La fistule se tarit peu à peu et la malade sort de l'hôpital 60 jours après son arrivée.

5 mois après, la fistule, après des alternatives de fermeture, réapparaît et laisse échapper du pus et des matières. Un traitement héliothérapique amène une fermeture momentanée.

Mais réapparition et devant l'abondance des matières issues de

cette fistule la malade rentre de nouveau à l'hôpital pour intervention définitive.

Opérée le 17 juin 1937. Nous n'avons pas de détails sur cette intervention. Suites excellentes.

Observation X.

Service du docteur Bardon.

D..., 35 ans, entré à l'hôpital pour appendicite chronique le 16 septembre 1938.

Antécédents: Typhoïde à 14 ans. Il y a quelques années, un rhume persistant l'avait beaucoup fatigué au point de ne pouvoir travailler. Une radio pulmonaire pratiquée à cette époque n'avait pas montré de lésions. Le malade s'était rétabli peu à peu.

Le 1er septembre 1938, le malade a été réveillé dans la nuit, 2 heures environ après s'être couché. Dans la journée, il avait ressenti une pesanteur dans le ventre. Il avait continué son travail et mangé comme d'habitude.

La douleur se précisait au flanc droit de l'abdomen. Les coliques se faisaient violentes et le malade rendait son repas. Arrêt des matières et des gaz. Le thermomètre marquait 38°.

Le médecin appelé prescrit le repos et la glace. Durant les 15 jours suivants le malade voit ses douleurs se calmer peu à peu mais non régulièrement. Les vomissements ont rapidement cessé.

Le 15 septembre, réveil de tous les symptômes d'inflammation marqués par une douleur dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, douleur au point de Mac Burney. Empâtement diffus. Au toucher rectal on sent, au-dessus de la prostate, une masse douloureuse que l'on ne peut délimiter, infiltrant le petit bassin. Le malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et les efforts pour aller à la selle exaspèrent les douleurs.

Le malade est traité par des lavements chauds qui amènent une sédation des signes cliniques. Le malade rentre chez lui et note la présence de pus dans les selles à différentes reprises.

Il revient un mois après et si le malade n'accuse pas de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, il perçoit quelques coups d'épin-

gle. Il n'a plus de diarrhée, sa langue n'est plus saburrale et son appétit a augmenté légèrement.

A l'examen, la palpation profonde réveille une douleur exquise dans la région cœcale. Le toucher rectal est douloureux, on trouve au bout du doigt un tissu ligneux faisant corps avec un bloc cartonné et sensible. Les signes généraux dans ces 3 mois ne sont pas brillants. Le sujet se plaint d'asthénie malgré une légère reprise ces derniers temps.

Intervention le 24 novembre 1938. On tombe sur une masse indurée inflammatoire. Les adhérences sont nombreuses. On arrive à séparer les anses grêles accolées par du tissu friable et saignant facilement. On arrive sur un abcès profond plongeant dans le petit bassin, a paroi fongueuse et infiltrée. L'appendice est découvert, enkysté, difficile à extirper. Quelques granulations probablement tuberculeuses sur le péritoine et l'épiploon. On draine avec des mèches. Il ne s'établit pas de suppuration purulente et tout en laissant échapper une légère sérosité, elle a quelques difficultés à se combler entièrement.

Le 9 janvier 1939, nouvelle douleur dans la fosse iliaque droite. Empâtement. Ballonnement. Peu à peu l'endolorissement gagne la crête iliaque. La température s'allume et la cicatrice se désunit entièrement, donnant issue à du pus fétide. Dans les jours suivants une fistule stercorale s'établit, donnant en abondance des matières intestinales.

Le malade s'est cachectisé un peu plus. Anorexie notable. Il reçoit du sérum et de la choline et, pour lui permettre de reprendre quelques forces, on l'a envoyé chez lui avant une opération définitive.

L'examen anatomo-pathologique de l'appendice avait montré : Appendicite folliculaire chronique. Périappendicite fibreuse. Dans certains endroits processus à cellules géantes du type Langhans. Tuberculose probable. Présence de granulations péritonéales tuberculeuses.

Ce malade revient tous les mois dans le service. Il est surveillé. Sa plaie s'est refermée mais son état général est médiocre.

On n'envisage actuellement aucune intervention.

Observation XI.

Service du Professeur Guyot (38167).

C... (Jean), 33 ans.

Antécédents héréditaires: Père décédé d'affection pulmonaire. Mère bien portante.

Antécédents personnels: A la suite de congestion pulmonaire survenue il y a 6 ans le malade tousse toujours. Il s'était assez bien remis mais depuis 1 an environ il a maigri notablement. Son expectoration a reparu et il se plaint de points de côté fréquents. Il ne mange plus et la nuit il est fréquemment réveillé par des sueurs qui l'obligent à changer de linge.

A la radio: Sommet gauche en très mauvais état. Sommet droit voilé. Sinus gauche obscurci et ombres hilaires très développées.

Histoire de la maladie: A plusieurs reprises il s'est plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite et c'est une crise plus violente que d'habitude, avec vomissements, qui l'amène à l'hôpital, la température est à 38°.

Nous nous trouvons donc en présence d'un syndrome d'appendicite chez un tuberculeux pulmonaire.

Les symptômes ne diminuant pas d'intensité, on intervient.

L'incision conduit sur une masse diffuse d'adhérences fibreuses et de fausses membranes agglutinées, en serrant un appendice dilaté à son extrémité et enflammé. La libération est difficile car il est gorgé de pus. Appendicectomie totale et enfouissement.

L'examen du cœcum montre 2 ulcérations probablement tuberculeuses en imminence de perforation. Elles sont enfouies immédiatement; en poussant plus loin on peut apercevoir quelques ganglions dans le méso et l'épiploon est parsemé de granulations. Nettoyage aussi parfait que possible et suture sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique n'a pas été fait sur l'appendice devant l'évidence des lésions. Les suites opératoires ont été cependant normales. Le malade a quitté l'hôpital avec un état général qui le surprenait lui-même.

Nous avons appris par la suite qu'une fistule pyostercorale s'était

produite. En quelques semaines l'état du malade était devenu franchement mauvais. L'intervention n'avait pu être pratiquée. Il est mort 5 mois après son intervention.

Observation XII.

Professeur Guyot.

L..., 27 ans, professeur.

A subi au mois de mai 1936 une appendicectomie.

Antécédents personnels: Rien à signaler au point de vue pulmonaire.

Vers l'âge de 12 ans il a été très fatigué.

Au point de vue intestinal, à plusieurs reprises il a présenté des crises douloureuses traitées pour embarras gastrique. Il a subi un traitement pour aérophagie. Ces crises, au nombre de 3 ou 4, remontent à 1930.

Histoire de la maladie: Le mardi de Pâques 1936, une crise violente oblige le malade à rester au lit. Il y a une légère fièvre et de nombreux vomissements pendant quelques jours. Pendant 1 mois, repos au lit et diète; la température baisse légèrement, le malade reprend des forces et, environ 2 mois après, on décide l'intervention.

L'incision médiane laisse voir, après examen, un appendice enfoui dans de multiples adhérences et une collection purulente dans la région cœcale. L'appendicectomie est laborieuse mais tout l'appendice peut être enlevé.

L'incision, qui remonte au-dessus de l'ombilic, est refermée pour le plan musculaire par des ligatures métalliques au nombre de 8.

Le drainage est assuré par 4 drains et des mèches. Il est maintenu une dizaine de jours. Les suites opératoires sont marquées par un mauvais état général difficilement combattu par des toni-cardiaques et du sérum.

Il s'écoule de la plaie un pus franc mais au bout de quelques jours on peut supprimer le drainage.

Au bout d'une vingtaine de jours le malade peut se lever. La plaie est pansée à plat et tend à se refermer naturellement. L'orifice situé entre l'ombilic et le pubis est traité par des attouchements au nitrate.

L'état général s'est bien amélioré.

A la fin juillet 1936, au niveau de l'orifice de drainage, se forme une petite tumeur enflammée et douloureuse. Elle s'ouvre naturellement et laisse échapper un dé à coudre de pus. L'orifice cutané se referme peu à peu après cette évacuation et un pansement quotidien est maintenu.

Il ne persiste pas d'éventration et la paroi est solide et souple.

Avec des alternatives de calme et d'écoulement cette poche purulente donne du pus pendant 2 ans. L'ouverture à la peau et l'évacuation se faisant tous les 2 mois environ. Jamais la fistule ne donne cours à des matières intestinales. L'état intestinal et les troubles intestinaux précédant l'opération ont disparu.

En février 1939, le professeur Guyot le voit et, devant la persistance de la fistule, l'envoie en radiographie.

La radioscopie pratiquée après ingestion de bouillie barytée et lavement opaque, donne les conclusions suivantes:

Pas d'ombre appendiculaire visible sous différentes incidences.

Le cœcum est bloqué, empâté et la région valvulaire est douloureuse.

On conclut à un processus de péricolite avec point douloureux juxta-valvulaire.

Mais dans la paroi on constate la présence de 8 points de suture étagés sur la ligne médiane et qui n'ont pas disparu près de 3 ans après l'intervention. L'orifice cutané de la fistule repéré par un objet métallique coïncide avec un de ces points de suture. Une radio de face et de profil montre nettement cette superposition.

Actuellement, en juin 1939: La formation de pus est annoncée par des tiraillements et une asthénie extrême obligeant le malade à interrompre tout travail. C'est ce qui se produit actuellement.

L'orifice de la fistule, situé entre l'ombilic et le pubis, est surélevé et entouré de tissu cartonné et rouge. Une croûtelle bouche l'orifice. La cicatrice est infiltrée et la mobilisation est douloureuse à cet endroit.

Il n'y a pas d'éventration. On n'aperçoit pas de trajet fistuleux sous les téguments et nous n'avons pas introduit de stylet.

Sous la peau on peut palper les points de suture métalliques. Ils roulent sous le doigt et, sauf celui qui se trouve sous la fistule, ils sont en tissu sain et non enflammé.

Ce malade est très déprimé par cette fistule et nous lui conseillons vivement une intervention.

CONCLUSIONS

Arrivé à la fin de cette étude nous croyons qu'il faut surtout retenir de cette affection les idées suivantes.

Pour la pathogénie:

La nécessité d'intervenir rapidement dans les appendicites.

L'enfouissement ne doit pas être considéré comme facteur de fistules.

Les sutures doivent être soigneusement faites.

Le drainage par Mickulicz, malgré les reproches qu'on lui adresse, nous rendra d'excellents services.

La facilité de production de fistules dans la tuberculose appendiculaire.

Le rôle néfaste des corps étrangers dans l'apparition des fistules.

Pour l'évolution :

La tendance spontanée vers la guérison de la plupart des fistules après appendicite aiguë.

L'évolution fâcheuse des fistules tuberculeuses.

La persistance des fistules tant qu'un corps étranger entretiendra la suppuration.

Pour le traitement :

La nécessité pour le chirurgien de faire de sérieux examens qui l'aideront à choisir la technique la mieux adaptée à l'état et à la nature de la fistule.

La liberté, au cours de l'opération, d'intervenir suivant les lésions dont il sera le seul à juger de la gravité.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave (P.). — Au sujet du traitement des fistules stercorales de la région appendiculaire. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* 1921.

Arnaud. — Complications post-opératoires de l'appendicite aiguë. Thèse de Lyon, 1937.

Baldwin. — Prophylaxie de la fistule stercorale après appendicectomie. *Ann. of Surgery,* mai 1932.

Barrott. — Discussion sur les fistules de l'appendice; fistule pyostercorale ayant pour point de départ un moignon d'appendice. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* 1907.

Berhend. — Fistule stercorale après appendicectomie. *Ann. of Surgery,* juillet 1932.

Bédarida. — Fistole piostercorale consecutive ad appendicectomia. *Bull. et Mém. Soc. Piémont di Chir.,* 1936.

Bérard et Vignard. — L'appendicite.

Bouyala (Jean). — A propos de fistules stercorales après opérations pour appendicite aiguë. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille,* n° 9, nov. 1933.

Bosselut. — Anus contre nature consécutif à l'appendicite. Thèse Paris 1907.

Bréa. — Fistule cœcale tuberculeuse après appendicectomie. *Bol. del Inst. de Clinica Quir.* Buenos Aires 1936.

Bréa. — Fistula cœcale tuberculosa post apendicectomia. *Semana Med.* 1936.

Constantini et Duboucher. — Fistule cutanée stercorale de l'intestin grêle. Anastomose iléo-colique sur le côlon trans-

verse, puis résection de l'anse fistulée. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* 1923.

Constantinescu-Théodorescu. — Les fistules stercorales post-appendiculaires. *Spitalul,* juin 1937.

Costa. — Fistules antéro-cutanées post-opératoires de l'appendicite. *La Clinica Chir.,* nov. 1934.

Delgado (Ferrer). — Traitement des fistules stercorales par les opérations de dérivation. Thèse Montpellier 1935-1936.

Delore. — Fistule pyostercorale de la fosse iliaque droite. *Lyon Chirurgical,* 1920.

Duval (Pierre). — Fermeture des anus coliques et fistules chirurgicaux. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chir.,* 1928.

Foucault (Albert). — Pansement des fistules stercorales. *L'Avenir Médical,* n° 10, décembre 1930.

Finochietto. — Fistules post-opératoires et traitement chirurgical. *El Diaz Medico,* 25 nov. 1935.

Guilleminet et Guérin. — Considérations sur le traitement des fistules pyostercorales. *Lyon Chirurgical,* 1920.

Guidotti (C.). — Appendicite gangrénosa. Appendice fistolizzara nel term strozzamento dell ileo a livello del tratto ileo colico. *Riforma Med.,* 1935.

Hallopeau (P.). — Fistules stercorales lombaires du côlon ascendant. Exclusion suivie de hémicolectomie. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris,* 1921.

Hartmant et Gosset. — Chirurgie de l'intestin.

Jourdan. — Traitement chirurgical des fistules et anus contre nature. Thèse Montpellier, 1910.

Lapointe. — Cure des fistules stercorales et anus contre nature. *Avenir Médical,* déc. 1930.

Lenormand. — Fistule stercorale consécutive à une appendicectomie. Opération extra-péritonéale. Guérison. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris,* 1923.

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale, III.

Mendelsohn. — Lipiodol dans le traitement de la fistule stercorale persistante après appendicectomie. *Surgery,* n° 3, sept. 1938.

Moura et Lopez (C.-X.). — Fistules estercorales do delfado conse-

cuente a appendicite aguda. *Rev. Brasil de Med. et Pharm.*, juin 1932.

Pauchet. — Cure des fistules stercorales par l'abouchement dans l'intestin. *Rev. de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.* 1900.

Potherat. — L'entérorraphie appliquée à la cure des fistules stercorales. *Bull. de l'Académie de Médecine de Paris,* 1924.

Ricard et Launay. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1903.

Smith (P.). — Les fistules intestino-cutanées après appendicectomie. *Le Bull. Médical,* mars 1936.

Terrier et Gosset. — *Rev. de Chirurgie.*

Wotta-Bracco. — Fistula post-operatoria tardive appendicitis del minion. *Semana Med.*, mai 1936.

Guthrie. — The prevention of focal fistula in suppurative appendicitis. *Penn. M. J. Athens,* 1916.

Smith et Laurin (B.). — Les fistules intestino-cutanées post-opératoires de l'appendicectomie aiguë. Observations personnelles. *L'Union Médicale du Canada,* 1935.

Frank (L. W.). — Appendicitis with fistulous formation. *Kentucky,* oct. 1934.

Lenormant (C.). — Fistule stercorale de la région crurale consécutive à une appendicectomie herniaire méconnue. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris,* 1920.

Cutler. — Gangrenous appendicitis diffuse purrulent peritonitis, secondary abcess, double fecal fistyla renovary. *Amer. journal of Surgery,* n° 6, déc. 1936.

Voisin. — Le drainage abdominal. Thèse Paris, 1939.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

VU:

Le Doyen:

PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER,

Le Président,

GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Bordeaux, le 12 juillet 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL

Bordeaux. - Imprimerie DELBREL, 20, rue Condillac.